

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ**

Επώνυμο	
Όνομα	
Επώνυμο & Όνομα πατέρα	
Επάγγελμα πατέρα	
Επώνυμο & Όνομα μητέρας	
Επάγγελμα μητέρας	

**ΠΡΩΤΟΣ ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ (τα πεδία συμπληρώνονται υποχρεωτικά)**

Επώνυμο	
Όνομα	
Διεύθυνση (οδός, αριθμός, περιοχή, Τ.Κ.)	
Σταθερό τηλέφωνο	
Κινητό τηλέφωνο	
Διεύθυνση Ηλεκτρονικής Αλληλογραφίας	

**ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ (τα πεδία συμπληρώνονται προαιρετικά)**

Επώνυμο	
Όνομα	
Διεύθυνση (οδός, αριθμός, περιοχή, Τ.Κ.)	
Σταθερό τηλέφωνο	
Κινητό τηλέφωνο	
Διεύθυνση Ηλεκτρονικής Αλληλογραφίας	

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Είμαι νόμιμος κηδεμόνας του /της ανωτέρω μαθητή/ μαθήτριας
- Ασκώ νόμιμα την επιμέλειά του/της   
(Σημειώνεται **μόνο** σε περίπτωση διαζυγίου ή διάσπασης της έγγαμης συμβίωσης)
- Αποδέχομαι να ενημερώνομαι ηλεκτρονικά για ζητήματα της πορείας φοίτησής του/της
- Οφείλω να ενημερώνω το σχολείο για κάθε απουσία του/της**, τηλεφωνικά στα τηλ: 2108042788-2111005018 ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην ηλεκτρονική διεύθυνση: **mail@2gym-vriliss.att.sch.gr**
- Αποδέχομαι  / Δεν αποδέχομαι  : να συμμετέχει ο/η μαθητής/τρια σε ομαδικές φωτογραφίες ή video από εκδηλώσεις / δραστηριότητες του σχολείου οι οποίες αναρτώνται στην ιστοσελίδα/Blog του.
- Θα προσκομίσω συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο από παιδίατρο το **ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ**, πριν την έναρξη των μαθημάτων.

(Ημερομηνία)

...../...../2024

**Ο/Η ΑΙΤΩΝ/-ΟΥΣΑ - ΔΗΛΩΝ/-ΟΥΣΑ**

(υπογραφή- ονοματεπώνυμο)